Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

33 628 Forensische zorg

29 452 Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel

Nr. 9

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 april 2015

Tijdens het algemeen overleg TBS van 4 februari jl. (Kamerstuk 29 452, nr. 189) heeft de toenmalige Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie toegezegd uw Kamer te informeren over een viertal onderwerpen op het terrein van de terbeschikkingstelling en de forensische zorg. Met deze beleidsbrief worden die toezeggingen gestand gedaan. Daarnaast stel ik u op de hoogte van twee recente onderzoeken op het terrein van de tbs en forensische zorg. Beide rapporten zijn onder verantwoordelijkheid van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) tot stand gekomen. De rapporten doe ik bijgaand toekomen[1].

Aan uw Kamer is informatie toegezegd over een inventarisatie van de regionale beschikbaarheid van forensische zorg en een eventuele herverdeling van gelden binnen de bestaande begroting; over woonruimteproblematiek na afloop van de forensische titel; over een gesprek met de verslavingsreclassering over haar betrokkenheid bij de voorbereiding van de tbs-behandeling; en, over de eventuele toevoeging van de reclassering aan het Adviescollege Verloftoetsing Tbs (AVT).

Regionale beschikbaarheid van forensische zorg en woonvoorzieningen

Afgelopen jaren is de capaciteit van de forensische zorg gegroeid. Procentueel heeft de grootste groei plaatsgevonden bij de capaciteit voor de doelgroep van forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Bovendien is er in 2013 bij de begrotingsbehandeling extra geld beschikbaar gekomen, waarmee onder andere het budget voor het segment «beschermd wonen» structureel op een hoger peil is gebracht. Hierdoor heeft de Directie Forensische Zorg van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) halverwege 2014 inkoopafspraken over de beschikbaarheid van extra plaatsen «beschermd wonen» kunnen maken.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-33628-9
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

In het kader van de «Meerjarenafspraken Forensische Zorg 2013–2017» met GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is in Oost-Nederland een nieuwe forensische voorziening gerealiseerd met een breed palet aan intramurale en extramurale zorg. De nieuwe voorziening voorziet in een Forensisch Psychiatrische Kliniek met 19 plaatsen, een Forensisch Psychiatrische Afdeling met 16 plaatsen en 31 plaatsen voor beschermd wonen. Daarbij is een FACT-team (Functional Assertive Community Treatment) voor de LVB-groep opgericht. Dit team biedt een zeer intensieve vorm van ambulante behandeling en begeleiding. Door de gerealiseerde extra capaciteit en de groei van de afgelopen jaren zijn er voldoende mogelijkheden bij het (regionaal) plaatsen van patiënten in forensische zorg, ook voor de LVB-groep in Oost-Nederland.

Uit een inventarisatie van het Forensische PlaatsingsLoket, het centrale aanspreekpunt voor de ketenpartners als het gaat om plaatsing van forensische patiënten bij een instelling, is gebleken dat men in vrijwel ieder geval direct in staat was om regionaal te plaatsen. Dit betekent dat er een goede regionale beschikbaarheid is voor deze doelgroep. In de zeer uitzonderlijke gevallen waarbij dit niet het geval was kon eenvoudig een tijdelijke voorziening worden getroffen: hetzij een overbrugging in een andere regio, hetzij een zogeheten boven-budgettaire plaatsing. Dit laatste betekent het toeleiden naar een regionale zorgaanbieder, zonder contract met mijn ministerie. Uit de inventarisatie van het Forensische Plaatsings-Loket blijkt dat momenteel geen sprake is van ontoereikende capaciteit.

Na afloop van de forensische titel zijn gemeenten verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van woningen voor de dan ex-forensische patiënten. De uitstroom naar een woning of woonvoorziening na een forensische titel is onderwerp van overleg met alle ketenpartners, juist ook buiten de justitiële keten. In het rapport van de Taskforce «Verkorten behandelduur tbs» zijn de knelpunten op dit terrein benoemd. Oplossingen worden momenteel gezocht binnen de werkgroep «Continuïteit van zorg door de (forensische) zorgketen», die op initiatief van GGZ Nederland, het Ministerie van Veiligheid en Justitie en Zorgverzekeraars Nederland is ingesteld. Het regelen van nazorg, waaronder het tijdig beschikbaar stellen van woonruimte door gemeenten, komt daar nadrukkelijk aan de orde. Andere deelnemers zijn onder andere het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, VGN, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en een aantal individuele gemeenten.

Betrokkenheid van de (verslavings)reclassering bij de tbs-behandeling en het AVT

De forensisch psychiatrische centra (FPC's) en de reclassering werken al sinds 2011 samen binnen het landelijke ingevoerde model van het forensisch psychiatrisch toezicht (fpt). Binnen dit model onderhoudt een contactfunctionaris van reclassering nauw contact met het FPC, idealiter wekelijks, wat de reclassering in de gelegenheid stelt om vanaf het onbegeleid verlof op de hoogte te zijn van de behandeling en mee te denken over het resocialisatietraject. Het principe van het fpt staat niet ter discussie. Zowel bij de FPC's als bij de reclassering is er een breed draagvlak voor het samenwerkingsmodel en de mogelijkheden die het biedt om met elkaar samen te werken. De «Taskforce Behandelduur tbs» concludeert echter dat het fpt niet altijd volgens het beleidskader wordt uitgevoerd. Omdat ik veel waarde hecht aan de geleidelijk overgang van de FPC's naar de reclassering zal ik samen met deze partijen het beleidskader fpt opnieuw op de kaart zetten. De aanzet hiertoe is vorig jaar gegeven naar aanleiding van de afspraken in het «Manifest van Lunteren». De FPC's en de reclasseringsorganisaties zijn recent samen

overeengekomen om deze afspraken nader uit te werken binnen het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg (KFZ).

Het AVT is een onafhankelijk adviescollege dat in 2007 is opgericht naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire commissie-Visser. Het adviescollege is samengesteld uit professionals afkomstig van GGZ Nederland, de FPC's en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). De juristen zijn afkomstig uit de rechterlijke macht. Na recent overleg met de voorzitter van het AVT is mij gebleken dat binnen het adviescollege niet alsnog de wens bestaat om de samenstelling van het college uit te breiden.
De adviezen van andere disciplines, zoals die van de reclassering, kunnen onderdeel zijn van de verloftoets, die wordt verricht vanuit een gedragswetenschappelijk oogpunt. Specifiek ten aanzien van de reclassering biedt het fpt-model de reclassering gelegenheid om inhoudelijke inbreng te hebben in het verloftraject en de aanvraag van een verlofmachtiging. Vanuit het AVT is aangeboden met de reclassering in overleg te gaan om, waar mogelijk, de (tijdige) inbreng van de reclassering in verloftrajecten te optimaliseren. Tot slot concludeer ik dat de evaluatie van het adviescollege door het WODC,[2] waar onder andere reclasseringsorganisaties bij betrokken waren, geen aanwijzingen heeft opgeleverd dat in het adviescollege een vertegenwoordiging van de reclassering wordt gemist.
Uit het voorgaande maak ik op dat de reclassering binnen het fpt-model goede mogelijkheden heeft om vroegtijdig bij de tbs-behandeling en dus ook bij de verloftoekenning betrokken te raken, terwijl de noodzaak van een vertegenwoordig in het AVT niet breed wordt gedeeld. Daarbij hecht ik veel belang aan het eigen oordeel van het AVT, dat afwijzend is ten aanzien van het voorstel, omdat een optimalisering van de inbreng van de reclassering bij de verloftrajecten kan worden bereikt zonder de samenstelling van het adviescollege uit te breiden. Aan een dergelijke uitbreiding bestaat om inhoudelijke redenen, binnen het AVT zelf geen behoefte. Ik zie daarom geen aanleiding een vertegenwoordiging van de reclassering op te nemen in het AVT.

Recidive na forensische zorg

Een dadergerichte aanpak staat centraal in het kabinetsbeleid. De forensisch zorg speelt hierin een belangrijke rol. Door het opleggen van gerichte strafrechtelijke zorg en interventies kan psychische problematiek worden aangepakt en kan het recidiverisico dat hiermee samenhangt worden verkleind. De forensische zorg betreft alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg aan justitiabelen met een strafrechtelijke titel. Het afgelopen jaar is aan ruim 20.000 personen een vorm van forensische zorg verleend. De laatste jaren gebeurt dit steeds vaker, mede omdat het strafrecht betere mogelijkheden aanreikt voor het bieden van forensische zorg. Los daarvan is het palet aan typen van forensische zorg en zorgaanbieders uitgebreid.

De strafrechtelijke recidive is een indicator voor het succes van de strafrechtelijke sancties en, als onderdeel daarvan, voor het succes van de forensische zorg. Het WODC is daarom gevraagd de groep justitiabelen met forensische zorg toe te voegen aan de Recidivemonitor. De Recidivemonitor is een doorlopend onderzoeksproject waarin de strafrechtelijke recidive op gestandaardiseerde wijze wordt gemeten, bijvoorbeeld onder ex-gedetineerden en ex-terbeschikkinggestelden. Het bijgaande rapport met de titel «Recidive na forensische zorg» bevat de recidivecijfers na zes forensische zorg titels waarvan de justitiabelen uitstroomden tot 2011. Van deze titels berekende het WODC eerder de recidive na de titels

[2] Kamerstuk 29 452, nr. 135.

«Plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD)» en «plaatsing in een ISD met voorwaarden». In het huidige onderzoek richtte het WODC zich meer specifiek op ISD'ers die zijn toegeleid naar forensische zorg. Waarbij opgemerkt moet worden dat ten aanzien van beide ISD-titels de beschikbare informatie over het al dan niet toeleiden naar forensische zorg suboptimaal is.
De recidive na de titel «tbs met dwangverpleging» wordt al lange tijd door het WODC berekend. In aanvulling hierop zijn de recidivecijfers van de subtitels «proefverlof» en «voorwaardelijke beëindiging» en van de hoofdtitel «tbs met voorwaarden» voor de eerste maal aan de Recidivemonitor toegevoegd.

Beoogd wordt op termijn de recidive van alle forensisch zorgtitels middels de Recidivemonitor in beeld te brengen. De inschatting van het WODC is dat in ieder geval vanaf 2019 gestandaardiseerde recidivemetingen kunnen worden verricht. Vooralsnog is dit niet structureel mogelijk vanwege een beperking in het informatiesysteem, die momenteel wordt aangepakt. Het WODC is gevraagd om op basis van nu al beschikbare gegevens een verkenning te doen van de recidive na forensische zorg. De resultaten hiervan staan in het bijgaande rapport. Het WODC onderzoekt de komende tijd of ook nog andere forensische zorgtitels aan dit verkennende onderzoek kunnen worden toegevoegd.

Sinds 1 oktober 2004 kan in Nederland de maatregel ter plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders, de ISD-maatregel, worden opgelegd. De maatregel is bedoeld voor stelselmatige meerderjarige daders, die veelvuldig met politie en justitie in aanraking komen. Zij maken zich vooral schuldig aan diefstal, woninginbraak, vernielingen en openbare orde verstoringen. Uit het WODC-rapport blijkt dat de in periode 2007–2010 uitgestroomde groep ISD'ers, die is toegeleid naar forensische zorg, een 2-jarige algemene recidive heeft van 73,4 procent. Voor de voorwaardelijke ISD'ers die zijn toegeleid naar forensische zorg is dit 86,4 procent. De ernstige recidive is respectievelijk 69,6 procent en 83,7 procent en de zeer ernstige recidive is respectievelijk 17,1 procent en 10,3 procent.[3] Deze recidivecijfers zijn in lijn met de resultaten van het WODC-onderzoek «Korte en langetermijneffecten van de ISD-maatregel» uit 2014, waaruit bleek dat de maatregel in vergelijking tot een standaardvrijheidsstraf voor zeer actieve veelplegers tot minder recidivisten en tot minder strafzaken leidt.[4] In vergelijking met de controlegroep bleek de recidive significant lager onder de ex-ISD'ers, die twee jaar na uitstroom een 9% tot 11% kleinere kans hadden om opnieuw in aanraking te komen met justitie.

De recidivemeting voor de titel «tbs met dwangverpleging» is geactualiseerd voor de uitstroom tot 2011. Na een langdurige daling van de recidive sinds 2000 wordt in het laatste cohort een lichte stijging waargenomen bij de algemene en ernstige recidive. In het laatste cohort is de algemene recidive twee jaar na beëindiging van de tbs 20,7 procent, waar dit in het voorgaande cohort nog uitkwam op 20,2 procent. Bij de ernstige recidive stijgt het percentage van 16,1 procent naar 17,2 procent. Het is onbekend of dit een eenmalige stijging is, dan wel een trendbreuk. De

[3] *Algemene recidive* omvat ieder nieuw justitiecontact naar aanleiding van enig misdrijf, ongeacht de aard en ernst van de gepleegde delicten. *Ernstige recidive* betreft een nieuw geldig justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een maximale straf dreiging van vier jaar of meer. *Zeer ernstige recidive* betreft een nieuw justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een maximale straf dreiging van acht jaar of meer.
[4] Door het incapacitatie-effect zijn naar schatting gemiddeld per ISD'er zo'n 5,4 strafzaken en 8,6 strafbare feiten voorkomen in de periode dat deze zeer actieve veelplegers waren ingesloten.

zeer ernstige recidive daalde in dezelfde periode van 5,1 procent naar 5 procent.

Voor de titel «tbs met voorwaarden» is voor de eerste maal de recidive berekend. De recidive ligt iets hoger dan bij de tbs-gestelden met dwangverpleging. In het laatste cohort (2006–2010) is de algemene recidive na 2 jaar 26,1 procent, de ernstige recidive 21,9 procent en de zeer ernstige recidive 6,1 procent.

Langdurige tbs-behandeling

Per brief van 12 januari jl.[5] bent u geïnformeerd over de gezamenlijke ambitie van mijn ministerie en het forensische veld om de gemiddelde behandelduur in de tbs terug te brengen naar acht jaar. Uitgangspunt hierbij vormen de aanbevelingen van de «Taskforce Behandelduur tbs», zoals opgesteld onder voorzitterschap van de heer Eenhoorn. Het rapport van de taskforce is u gelijktijdig met bovengenoemde brief toegestuurd. In het verlengde van het werk van de Taskforce is het WODC gevraagd onderzoek te verrichten naar de achtergrond en kenmerken van de groep tbs-gestelden die 15 jaar of langer in behandeling zijn. Dit is relevant omdat een betere door- en uitstroom van deze groep een bijdrage kan leveren aan een kortere behandelduur.

In een door Radboud University Nijmegen uitgevoerd onderzoek met de titel «(Te) lang in de tbs» is een groep van 97 langverblijvende tbs-gestelden op verschillende kernmerken vergeleken met andere groepen, namelijk tbs-gestelden die uitstoomden in de laatste 4 en een half jaar, tbs-gestelden die vijf tot tien jaar in behandeling waren en longstay-gestelden. De kernmerken waarop de groepen met elkaar zijn vergeleken betroffen diagnostische kenmerken, het toegekende verlofniveau, gedrag en houding in de kliniek en het basisrisico voorafgaand aan de behandeling, zoals gemeten met risicotaxatie-instrumenten.

Uit het rapport blijkt de groep langverblijvende tbs-gestelden heterogeen is qua delicttype, tbs-carrière en vooruitzichten op uit- of doorstroom. Een deel van hen verbleef eerder op een longstay-afdeling. Verder toont het onderzoek aan dat de langverblijvenden relatief jong zijn op het moment dat ze voor de eerste maal tot een vrijheidsbenemende straf worden veroordeeld, gemiddeld rond hun 21ste jaar. Ook zijn ze op jongere leeftijd dan de andere categorieën tbs-patiënten in een FPC opgenomen, gemiddeld bijna 5 jaar eerder. De helft van de langverblijvende tbs-gestelden heeft een seksueel delict begaan, wat meer dan tweemaal zo vaak is als de reeds uitgestroomde tbs-patiënten. Voorts blijkt de groep langverblijvende tbs-gestelden als geheel, en volgens verwachting, een hoger basisrisico te hebben dan de patiënten die eerder waren uitgestroomd. In diagnostisch opzicht is er één kenmerkend verschil tussen de lang- en kortverblijvenden naar voren gekomen. De psychopathologie van de langverblijvenden wordt door de behandelaren vaker gekenschetst als «ernstiger dan bij de gemiddelde tbs-gestelde». In tegenstelling tot wat werd verwacht wijken de langverblijvende tbs-gestelden qua diagnostische gegevens niet in sterke mate af van de vergelijkingsgroep die vijf tot tien jaar in behandeling is. Qua gedrag en houding in de kliniek zijn geen substantiële verschillen gevonden.

De in het onderzoek bevraagde behandelaren geven aan dat een minderheid van de langverblijvende tbs-gestelden (17 procent) naar verwachting een hoge mate van beveiliging nodig heeft. Bij driekwart is het plafond van de behandeling bereikt en is alleen risicomanagement

[5] Kamerstuk 29 452, nr. 187.

aan de orde. Dit is een substantieel deel van de langverblijvenden dat niet kan resocialiseren zonder langdurig toezicht in combinatie met expliciete aandacht voor risicomanagement. De longstay, met het bijbehorende maximale beveiligingsniveau en zeer beperkte verlofmogelijkheden, wordt door de behandelaren echter niet passend geacht, terwijl doorstroming naar de GGZ voor de behandelaren net zo min als alternatief wordt gezien, omdat er in de reguliere GGZ te weinig accent zou liggen op (langdurig) risicomanagement. Driekwart van deze patiënten kan – in de toekomst – naar verwachting van de behandelaren alsnog naar een forensisch psychiatrische afdeling of een forensisch psychiatrische kliniek, een (forensische) RIBW of een andere voorziening.
Een kwart lijkt dus om diverse redenen niet terecht te kunnen in de bestaande voorzieningen. Dit komt overeen met de circa 30 tbs-gestelden van wie behandelaren aangeven dat zij een uitermate gering perspectief hebben op uitstroom of op doorstroom vanuit de reguliere tbs-behandeling naar resocialisatieplaatsen binnen de forensische psychiatrie of GGZ-instellingen. Deze patiënten kenmerken zich door hun negatieve gedrag en houding ten opzichte van de behandeling. Hierdoor zouden zij een hoger verlofniveau niet aankunnen.

De onderzoeksbevindingen zijn voorgelegd tijdens een *expertmeeting* met deelnemers van o.a. de reclassering, de zittende magistratuur en het forensische veld. Naar aanleiding van deze *meeting* doen de onderzoekers het voorstel om de langverblijvenden op casusniveau te laten evalueren door een externe adviesraad, die adviseert over passende en verantwoorde vervolgtrajecten. Ik lees hierin steun voor één van de aanbevelingen van de «Taskforce Behandelduur tbs», betreffende het intensiveren van de intercollegiale toetsing. De Taskforce beveelt een intercollegiale toetsing aan ter voorkoming of doorbreking van een behandelimpasse of als second opinion bij complexe casussen, zoals die van langverblijvenden. Bovendien zal een dergelijke structurele consultatie van collega-behandelaren van nut kunnen zijn op inrichtingsniveau. Het stimuleert immers het delen van *best practices* en het bespreken van leerpunten uit incidenten. De FPC's hebben hiervoor reeds een gezamenlijke en geformaliseerde werkwijze ontwikkeld.

In het rapport staat dat in de reguliere GGZ te weinig aandacht zou bestaan voor (langdurig) risicomanagement, wat de doorstroming kan belemmeren. Dit is een bekend aandachtspunt, dat reeds is benoemd in het rapport «Stoornis en delict» van de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), alsmede in de «Meerjarenafspraken Forensische Zorg 2013–2017». Onder regie van het NIFP wordt momenteel binnen het project «Stroomlijning indicatiestelling» met alle ketenpartners nagedacht over een oplossing, zodat de indicatiestelling, ongeacht door wie die is opgesteld, zowel in strafrechtelijk als in civiel kader kan worden gebruikt. Naar verwachting wordt voor de zomer een voorstel opgeleverd voor een eenduidige werkwijze van indiceren waarvan het noodzakelijke zorg- en beveiligingsniveau onderdeel uitmaken. Daarna zal ik samen met de Minister van VWS de verdere vormgeving hiervan uitwerken.

Als de indicatie is gesteld, begint het proces van plaatsing. Ter ondersteuning hiervan beschikt DJI over het Forensisch PlaatsingsLoket, dat het centrale aanspreekpunt is voor de plaatsing van forensische patiënten naar een (vervolg)instelling. Het Forensisch PlaatsingsLoket zal samen met het betreffende FPC voor alle langverblijvende tbs-gestelden van wie de behandeling dat toestaat zoeken naar uitstroommogelijkheden binnen de (gesloten) GGZ. Over anderhalf jaar wordt bezien waar deze groep zich bevindt en of de gezamenlijke inspanningen van het Forensisch PlaatsingsLoket en de FPC's resultaat hebben gehad.

Tot slot

De afgelopen periode is met de forensische sector een ketenbrede en samenhangende set van maatregelen tot stand gebracht, waarvoor veel draagvlak in het veld bestaat. In de voorbereiding is uitvoerig met alle ketenpartners gesproken. Geconstateerde knelpunten zijn in samenhang beoordeeld en van gedeelde oplossingen voorzien. De getroffen maatregelen zijn nodig voor een toekomstbestendige en kwalitatief hoogwaardig forensische zorg, die zowel kostenefficiënt als effectief is en gelijktijdig de veiligheid van de samenleving maximaal waarborgt. Veel waarde hecht ik aan de maatregelen die zijn getroffen om de tbs-maatregel te versterken, zodat de maatregel ook in de toekomst als volwaardige optie binnen het stelsel van de forensische zorg behouden blijft. In de komende periode geef ik prioriteit aan de uitvoering van deze maatregelen, die mijn ministerie gezamenlijk met het veld zal oppakken. Gelet op de voortvarendheid waarmee dit momenteel gebeurt, heb ik daar vertrouwen in.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
K.H.D.M. Dijkhoff